

УДК 316.362 : 316.6

**СЕДИХ Кіра Валеріївна**

*доктор психологічних наук, професор, завідувач кафедри психології  
Полтавського національного педагогічного університету імені В.Г. Короленка*

## **ФОРМУВАННЯ ПСИХОСОМАТИЧНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ В ПСИХОЛОГІЧНОМУ КОНСУЛЬТУВАННІ ПОДРУЖНІХ ПАР**

*У статті розглядаються психосоматичні прояви як симптоми (проблеми), що виникають у подружній взаємодії і є породженням цієї взаємодії. Представлено особливості використання одного із методів системної терапії – циркулярних питань у роботі з психосоматичною симптоматикою. Продемонстровано можливу техніку роботи з психосоматичними проблемами для виходу клієнтів на метарівень розуміння і формування у них психосоматичної компетентності.*

**Ключові слова:** *психосоматичний симптом, подружня взаємодія, психосоматична компетентність, циркулярні питання.*

**Постановка проблеми.** Зі зростанням кількості психосоматичних захворювань серед населення, підвищується важливість психосоматичної компетентності самого психолога-консультанта, як на рівні освіченості в сучасних підходах до розуміння психосоматики, так і на рівні рефлексії психологом власних психосоматичних проявів. Так, під час психотерапевтичної сесії з клієнтом психолог може відслідковувати у своєму тілі прояви певного дискомфорту або більш окреслені тілесні реакції (наприклад, сонливість, головний біль, нудоту, тощо) і це є сигналом, який, безумовно, потребує усвідомлення та опрацювання. Такі тілесні реакції допомагають психологу формулювати терапевтичні гіпотези щодо особливостей комунікації клієнта та можливих внутрішніх або зовнішніх конфліктних зон. Коли психосоматичні прояви зафіксовані у клієнта, психолог має можливість підвищити психосоматичну компетентність самого клієнта.

**Аналіз останніх досліджень та публікацій.** Проблемі вивчення понять «хвороба» та «здоров'я», їхньому семантичному наповненню присвячено багато робіт сучасних науковців.

Узагальнення досліджень європейських дослідників дає можливість стверджувати наступне. Таким чином, те, що позначається в німецькій мові поняттям «хворий» або «хвороба», укладає в собі три різні перспективи: (1) якийсь змінений (біологічно) стан індивіда, його тіла або частини тіла, (2) переживання з приводу якоїсь

неповноцінності і нездужання або (3) приписана роль, пов'язана з особливими вимогами та привілеями.

Те ж саме можна сказати і про поняття «здоров'я». Здоров'я розуміється насамперед як відсутність хвороби, отже, відсутність відхилень в біологічних структурах або процесах в організмі. Ягода (Jahoda, 1958) в цьому сенсі пішов набагато далі, спробувавши дати позитивне визначення поняттю «mental health» («психічне здоров'я»). Відповідно до цього, ВООЗ визначає здоров'я як «стан повного благополуччя – фізичного, душевного і соціального». Однак це поняття, скоріше, являє собою протилежність поняттю «погане самопочуття» – тобто воно визначає «добре самопочуття» [1].

Отже, здоров'я теж можна розглядати, виходячи з трьох різних перспектив: здоров'я, гарного самопочуття, ролі здорового.

Психосоматичні захворювання – це захворювання, причинами яких є більшою мірою психічні процеси хворого, ніж безпосередньо будь-які фізіологічні причини. Якщо медичне обстеження не може виявити фізичну або органічну причину захворювання або якщо захворювання є результатом таких емоційних станів, як гнів, тривога, депресія, почуття провини, тоді хвороба може бути класифікована як психосоматична.

Поняття «психосоматичні захворювання» по-різному трактувалося дослідниками з огляду на їх приналежність до певних наукових шкіл. У той же час, уніфіковане визначення даного поняття здійснене у системі DSM. З моменту введення американської класифікаційної системи DSM-III, психосоматичні захворювання називаються «соматоформними розладами». У медицині ще вживають поняття «функціональні соматичні порушення», однак існують й інші поняття (Rief & Hiller, 1992). Із поняттям «соматизація», як правило, пов'язане уявлення про те, що переважені, пов'язані з психосоціальними і емоційними проблемами, проявляються, в першу чергу, у вигляді соматичних симптомів [1].

У вивченні особливостей формування психосоматичних розладів вагомим є питання про причини їх виникнення. Важливою групою таких факторів є негативні емоції. При деяких захворюваннях вони грають основну роль. Зараз уже відомо, які механізми відповідальні за те, що емоції викликають соматичні розлади. Емоції впливають 1) на імунну систему (наприклад, Weisse, 1992), 2) на гормональний баланс і 3) периферичну фізіологічну активацію (наприклад, частоту серцебиття і артеріальний тиск). Як відомо, важливими для виникнення виразки шлунку або дванадцятипалої кишки крім інфекцій, очевидно, є емоції, що виникають в недостатньо контрольованих ситуаціях: тривога, почуття безпорадності та переважені.

Гнів, орієнтований на подолання виниклої проблеми, є однією з основних причин виникнення есенціальної гіпертонії (підвищеного

кров'яного тиску) і, у зв'язку з цим, стенокардії та інфаркту міокарда. Гнів і ворожість належать до тих компонентів особистості «типу А», в яких укладено чітке розходження між особами, що мають і не мають серцево-судинні захворювання (Matthews, 1988; Hodapp & Schwenkmezger, 1993). Для інших розладів (таких, як астма, шкірні захворювання тощо), навпаки, менш ясно, які емоції є причинами їх виникнення. У патогенезі психосоматичних захворювань провідне місце посідає феномен алекситимії. Під терміном «алекситимія» розуміють соціально-особистісний конфлікт, в основі якого знаходиться нездатність до усвідомлення емоцій та вербалізації почуттів [1].

Сьогодні на теренах вітчизняної науки відбувається перенос психосоматичної проблематики зі сфери медичної психології в сферу психології розвитку, пояснення психосоматичних феноменів у термінах культурно-історичної концепції, розгляд таких феноменів не лише в поняттях патології, але й у поняттях норми, що можливо завдяки використанню ідеї їхньої регулятивної природи [3].

Так, в роботах Т.Б. Хомуленко висвітлюється зв'язок психічного розвитку з психосоматичними феноменами норми і патології в руслі розвитку культурно-історичного підходу Л.С. Виготського. Інтеріоризація, яка, за культурно-історичною теорією Л.С. Виготського, відрізняє становлення вищих психічних функцій в онтогенезі, здійснюється по відношенню до тілесного Я як процес психологізації тіла. Саме психологізація тіла є істотною характеристикою процесу розвитку тілесного Я. Результатом психологізації тіла є когнітивний та емоційно-ціннісний компоненти тілесного Я. Єдність цих компонентів забезпечує можливість регулятивного ефекту, суб'єктивізації тіла і внутрішнього діалогу з тілесним Я. Внутрішній діалог з тілесним Я передбачає такі два суб'єкта, як «Я в тілі» і «Я тіло» [4].

Виникнення психосоматичної симптоматики можливо розглядати різними способами. Наприклад, пропонується так звана модель «цибулини», де наявність зовнішніх шарів передбачає наявність внутрішніх шарів, а саме: *рівень нуклеарної сім'ї; екзистенційний рівень; емоційний рівень; когнітивний рівень дій; рівень партнерських стосунків; рівень соціально-культурного контексту.*

Значний вплив на виникнення психосоматичної проблематики особистості мають стосунки, в яких вона перебуває. Особливо важливими при цьому є суб'єктивно значущі стосунки – між партнерами та між членами сім'ї. Адже відомо, що напади астми, шкірні реакції, мігрені, розлади шлунково-кишкового тракту тощо можуть виникати безпосередньо у зв'язку з розладом відносин [3].

Минухін, Росман і Бейкер (Minuchin, Rosman & Baker, 1981) документально підтвердили наявність відповідності фізіологічних реакцій та міжособистісних стосунків на прикладі змін у складі крові

дитини, хворої на діабет, котра спостерігала за сваркою батьків. Іншим кількісно зафіксованим доказом є взаємозв'язок між рівнем збудження під час подружньої сварки і ступенем задоволеності шлюбом (Levenson & Gottman, 1983) [5].

Дослідниками визначено, що благополучним парам вдається краще уникати ескалації порушення під час конфлікту. Зокрема, Ревеншторф, Хальвег і Шиндлер (Revenstorf, Hahlweg & Schindler, 1982) запропонували для опису ескалації порушення під час сварки трикомпонентну модель, згідно якої на біологічну реакцію тривоги накладається інструментальний компонент із історії дитячого досвіду учасників взаємодії [1].

Звідси виникає індивідуальний патерн емоцій, підкріплений у подружніх стосунках за рахунок третього компоненту, що впливає з емоційної взаємодії партнерів. У той час, як перший, біологічний, компонент є функціональним, другий і третій компоненти, котрі, за гіпотезою теорії навчання про обопільне позитивне і негативне підкріплення, призводять до ескалації, можуть бути усунені. Можна використовувати методи переструктурування і контролю над стимулам. Ступінь порушення стосунків партнерів під час сварки може контролюватися так само за допомогою безпосереднього біологічного зворотного зв'язку. Готтман (Gottman, 1993) запропонував метод фізіологічного заспокоєння, за яким пара припиняє дискусію, якщо під час суперечки частота серцебиття у них перевищує 100 ударів на хвилину. Під час перерви партнери знижують своє збудження за допомогою заспокійливої діяльності або заспокійливих висловлювань, причому в якості ідеального розглядається випадок, коли партнери вчаться заспокоювати один одного.

Відповідно, одним із шляхів контролю негативного впливу подружніх конфліктів на соматичне здоров'я партнерів є модифікація відносин у подружній парі.

Сімейна взаємодія може змінюватися тільки тоді, коли змінюються окремі відносини. Це передбачає зміну способів дії (комунікацію), які, в свою чергу, змінюють і когнітивно-емоційний процес. З цієї точки зору подружня терапія посідає особливе місце і вона не повинна розумітися а ні як індивідуальна терапія, а ні як сімейна терапія. Радше, мова йде про поведінку індивідів по відношенню один до одного, які зробили свій вільний вибір на користь один одного, і на яких, при виборі партнера, формуванні відносин і, нарешті, в конфліктах, впливає індивідуальна історія навчання. Тому подружня терапія включає як системні аспекти, так і аспекти історії розвитку, які, у свою чергу, необхідно системно проаналізувати з точки зору батьківської сім'ї. Крім цього, подружні конфлікти більш-менш зачіпають і дітей (трикутники відносин) і тому часто мають вторинний, сімейно-терапевтичний аспект. Проте, поведінку двох

людей по відношенню один до одного, можна розглядати і як замкнуту підсистему – без дітей і батьків.

**Виклад основного матеріалу дослідження.** Подружно пару ми розглядаємо як окрему систему або підсистему ширшої системи – нуклеарної сім'ї або родини. При цьому ми спираємося на теорію систем, теорії конструктивізму, соціального конструкціонізму, синергетики тощо (Фон Бергаланфі, І. Пригожин, П. Вацлавик, У. Матурана, Ф. Варела, Г. Хаккен [2; 4]). Тому спочатку розглянемо деякі основні поняття, які характеризують системи.

Системи поділяють на живі і неживі. Неживі системи розвиваються від порядку до ентропії. Живі системи рухаються від хаосу до більшої впорядкованості (негентропії). Для систем властиві фазові переходи – новий порядок створюється через флуктуацію, неочікуване збурення в системі. За певних умов, спираючись на власні ресурси, системи спроможні «самоорганізовуватись» і, утворюючи нові структури, змінюватись, а відтак, і стабілізувати вже наявні, створені структури. На цьому теорія систем розпрощалась із гомеостазом як центральним поняттям. Відтепер у колі інтересів фігурувала не стільки *рівновага*, скільки *змінюваність* систем. Зміни в системі (особливо в її деталях) наперед передбачити неможливо, не вдається їх і локально спланувати. Можна лише викликати такий хід подій, коли зі, здавалося б, стабільного стану розвивається нова, нерідко, зовсім неочікувана форма (у таких випадках прийнято говорити про «фазові переходи», від грецьк. *phasis* – форма, виявлення). Ключовим, відтак, став вислів «порядок через флуктуацію» (Jantsch 1982, Dell & Goolishian 1981). Визначальним для такої зміни поглядів стало формулювання «Другого Закону Систем», згідно з яким «речі стають впорядкованішими, якщо їх не чіпати (залишити самих на себе)» (Makridakis, цит. За Dell & Goolishian 1981, с. 110). Перспективні розробки системних теоретиків зазнали особливо виразного впливу на початку 80-х з боку теорії пізнання та аутопоезу (самоорганізації) живих систем (Maturana & Varela 1987, Fischer 1991). Фокус щораз більше зміщувався на внутрішню, автономну логіку самовпорядкування живих систем, їхню операціональну замкненість на себе, а отже – і на межу зовнішніх впливів. Навколишній світ, при цьому, втратив своє значення як планово діюча, всевладна у своїх впливах і можливостях втручання, інстанція [4]. «Система не є чимось, що пропонується спостерігачеві; система є чимось, що пізнається ним» (Maturana 1982). У цьому реченні міститься вся суть системної теорії пізнання: система не бачиться такою, якою вона «є в дійсності».

Визначають три рівні аналізу життя людини: 1. *Прожите життя*. 2. *Пережите життя*. 3. *Розказане життя*.

Перший рівень – це біологія. До цього рівня у власному досвіді прямого доступу ми не маємо, а маємо лише уявлення про це. Другий рівень – синонім психіки, тут прослідковується зв'язок з ідеєю

У. Матурани, що «ми – істоти емоціонуючі; не пропускаючи все через емоції, ми не можемо жити». І тільки третій рівень дозволяє нам комунікувати з іншими людьми і саме тут відбувається психотерапія і перший крок до змін на другому і, можливо, першому рівнях.

Спостерігач приймає рішення про поділ надскладної цілісності екосистеми на субцілісності, наприклад, на «людину», «сім'ю», «поведінку» тощо [5]. Отже, психолог-консультант виступає і як дійова особа процесу консультування і як спостерігач.

У системній терапії відбулася певна еволюція поглядів на психосоматику – від ідей, що психосоматичні прояви є відображенням внутрішніх конфліктів і проблем окремої особи, до ідеї, що психосоматика віддзеркалює проблеми у стосунках.

Як зазначають системні психотерапевти (наприклад Рот і Швенглер), у ранніх психосоматичних концепціях береться до уваги лінійна причинність (так звані концепції першого порядку, які і досі переважають у поглядах багатьох вітчизняних психологів і психотерапевтів) і не береться до уваги, що всі властивості психологічних об'єктів є результатом взаємодій. Модус взаємодії і властивості об'єктів нерозривно пов'язані між собою. Тому навряд чи має сенс стверджувати, що об'єкти незалежно від їхніх актуальних взаємодій (в навколишньому середовищі), «самі по собі» володіють якимось властивостями. Швидше навпаки, ці властивості породжуються при взаємодії і змінюються разом зі зміною модусу взаємодії.

Нові характеристики як компонентів, так і системи, виникають в процесі системоутворення, або включення до стосунків. Об'єкти стають компонентами системи, вже сформувавши нові якості і модуси взаємодії, тобто вже оновившись.

*Отже, ми розглядаємо психосоматичний прояв як симптом (проблему), яка виникає саме у взаємодії і є породженням цієї взаємодії.*

У ранніх теоріях систем симптом (проблема) є необхідним для утримання існуючої рівноваги (гомеостазу) в системі перед загрозою змін, що насуваються ззовні або які переживаються із середини. Симптом показує одночасно, що далі так жити не можна, але й нове ще, також, неможливе. Конструктивісти при аналізі симптому зробили акцент на контексті і смислі (сенсі). Спробуємо виділити декілька позицій значення симптому (надалі, «С») в сім'ї:

- «С» вказує на неефективну комунікацію;
- «С» виконує захисну функцію, стабілізуючи стосунки в сім'ї: наприклад, симптом може призупинити розвиток конфлікту, відтягуючи увагу членів сім'ї від інших конфліктогенних стосунків;
- «С» втілює владу: «хворий» член сім'ї, не маючи жодної відповідальності, отримує можливість у свій спосіб організувати сімейні інтеракції;

- «С» – регулює стосунки: чим більше в стосунках автономії, тим більше «С» підтримує прив'язаність, чим більше в стосунках прив'язаності, тим більше «С» сприяє автономії;

- «С» – проблема походить від думок за допомогою яких людина усвідомлює та інтерпретує свій досвід;

- «С» – проблема полягає в способах інтерпретації людьми досвіду і вибудовуванні певних «сюжетних» ліній, при цьому ігноруються факти і події, які не підходять до загального «сюжету».

Сучасні системні терапевти вважають, що тип пояснення, при якому провина за складні проблеми міжлюдських стосунків перекладається на індивідуальні особливості учасників, які не хочуть або не можуть розв'язати проблему (погана, «внутрішньо зіпсована» дитина, неспроможний колега по роботі, грабіжницька організація і т. п.), несе приховану ідею – «звинувачення» [4].

При появі наративної терапії відбулося зміщення акцентів із форм поведінки на ідеї, не лише на особистісні, але й на колективні (Hoffman, 1996). Певною мірою, вплинули і положення, сформульовані У. Матураною, що ми є лінгвістичні істоти, істоти, які існують у мові. І тут йдеться не тільки про мову як таку; йдеться про значення, які передаються за допомогою мови у вигляді певних зразків (у соціальних системах цю роль відіграють історії), які в системах створюють та вибудовують реальність.

*У системній теорії питання «хто винуватий?» є беззмістовним. Дії чоловіка впливають на реакції жінки, які, в свою чергу, впливають на реакції чоловіка і потім на дії жінки. Кожен із пари може як зробити свій внесок у початок кризи, так і посприяти зміні, без яких подружжя система не може розвиватись далі.*

Один із головних методів роботи системного психолога – конструювання питань. Виділяють п'ять типів питань: деконструкції, відкриття простору, уподобання, розвитку історії та сенсу. Ми є спостерігачами, і тими, кого спостерігають.

Застосовуючи один із методів системної терапії – циркулярні питання – зможемо в цій статті продемонструвати можливу техніку роботи з психосоматичними проблемами для виходу клієнтів на метарівень розуміння і формування для них психосоматичної компетентності.

**Приклади із консультативних сесій.** Під час сесії з подружньою парою виявилось, що в обох членів пари наявні психосоматичні симптоми. На одну з наступних сесій була запрошена їхня донька (тим самим ми вводимо фігуру зовнішнього спостерігача). На питання, що сталося б із сім'єю, якби вони стали здоровими, вона відповіла, що мати б тоді більше займалась своїми справами і дбала про себе. Тоді ймовірність розлучення батьків значно зросла б. Для цього подружжя характерним є наступне правило: коли йдеться про розбіжності думок подружжя, чоловік часто посилається на погане самопочуття, він

скаржитися на серце, потім стає задумливим і сумним. *Питання психолога до доньки: «Як ти гадаєш, коли мати почувається краще: коли батько пригнічений, чи коли він свариться?»*.

Опитування доньки має на меті отримання спостереження стосунків батьків із зовнішньої перспективи. Це корисно щонайменше з двох міркувань. По-перше, після повідомлення батьків про їхнє бачення поведінки доньки ми отримаємо чітке зворотне повідомлення від доньки про її бачення стосунків батьків. По-друге, таким чином ми можемо запобігти стихійному створенню самотійних логічних петель, що підсилюють патерн. Власне, опитуючи одного з учасників про спільний зразок комунікації за наявності комунікаційного партнера, з його відповідей ми можемо дізнатись лише про частину комунікаційного зразка. Тому слід зважати на спроби мета-комунікації партнерів, що також є цінними елементами комунікаційного зразка, характерного для їхніх стосунків.

*Психолог говорить в присутності подружжя, але звертається при цьому знову до їх доньки: «Стан одного з подружжя впливає на іншого. Він же не може бути зовсім байдужий. Коли батьки сваряться між собою, йому стає гірше?»*

*Донька: «Коли він свариться».*

*Психолог: «А коли він більше свариться, йому стає краще? Припустимо, що він заспокоївся і більше не свариться, що б тоді робила мати? Як би їй велося? Вона би також заспокоїлась? Вона б швидше наблизилась до нього чи віддалилась?»*.

*Донька: «Віддалилась».*

*Психолог: «Швидше віддалилась!»*

Ці питання спрямовані на фактичне реагування матері на поведінку батька. Дуже часто існує велика різниця між очікуваною і фактичною реакцією партнера. З першого інтерв'ю стало відомо, що батьки намагаються вплинути один на одного і на дітей, демонструючи соматичне погіршення. Цей дуже популярний спосіб контролю може призводити до дуже деструктивної ескалації з різким формуванням тілесних симптомів. Логіка, що лежить в основі такої поведінки, є досить простою. Той, хто вважає, що в його стражданнях винний інший, буде послідовним, позиціонуючи своє світосприйняття і намагаючись викликати у інших почуття провини. Спостереження із зовнішньої перспективи передусім показує, що така стратегія часто виглядає як спроба шантажу, і їй протистоятимуть опором і впертістю.

Приклад 2.

Сім'я звернулася з проблемою «депресії» 18 річної доньки, яка, як виявилось, ще має захворювання на виразку шлунку. Виразка завадила їй поїхати з дому в інше місто на навчання. Питання психолога до мами дівчини: *«Припустимо, що Ваш чоловік хоче запобігти тому, щоб Віка почувалась сильною і самостійною, тобто змінилась, як він*



сам каже, і поїде з дому. Що б він мав для цього робити? Що він мусив би зробити, щоб вона сказала: “Краще я залишусь тут!». Вона ж бо дуже свідома свого обов’язку».

*Мама: «Тобто, що він має робити, аби вона залишалась вдома?»*

*Психолог: « Давайте припустимо, виключно гіпотетично, що він хоче, щоб вона за будь-яких обставин залишилась з вами.*

*Що б він мусив робити? Що він волів би зробити?».*

Тут наведено приклад застосування методу «розмисловий експеримент» [2]. Гіпотетична підпорядкованість наміру у розмисловому експерименті покликана обернути описання причини і дії. В ідеальному випадку воно відкриває вид на можливості впливу індивіда. Коли дію, котра розглядається, оцінити як негативну, стає зрозумілим, «чії акції мали б впасти», коли не хочеться сприяти тому, що дійсно все відбувається саме так, як, власне, не хотілося б («позитивна сила негативного мислення»).

*Мати: «Батько скаже доньці: Ти робиш мені погано! Я ж хворий».*

*Психолог: «Якщо він виглядатиме пригніченим – це, наприклад, можливий варіант»*

*Мама: «Так, це могло б стати причиною, так».*

Такі альтернативні питання є почасти нічим іншим як перефразовані психодинамічні тлумачення [2]. Але вони менше бентежать, оскільки терапевт, який розпитує, на відміну від терапевта, який тлумачить, не просто натякає чи проголошує ідеї, які вважає за важливі. Він ставить лише більш чи менш невинні запитання, на які інший відповідає. *Терапевт, який розпитує, пропонує при цьому інший стиль стосунків, ніж це робить терапевт, який тлумачить, (це не означає, що котрась із пропозицій є кращою чи гіршою).* Оскільки «ідентифікований пацієнт» (тут, донька) не з власної волі займає це положення, ми можемо спекулятивно припускати зв’язки між досі незв’язуваними областями. Пацієнт може сперечатися з такою ідеєю чи відкидати її... Її інтервентний і сугестивний характер утримується завдяки *конструкції запитань*: вони транспортують попередні прийоми і з’єднують їх між собою не випадковим, а обраним терапевтом, способом. При цьому рішення про те, які ідеї будуть поширюватись і розвиватись, а які – ні, лежить на відповідальності терапевта. У цьому в системній терапії позначається емпатія терапевта (або її відсутність).

При цьому важливо чітко розмежовувати соматичні та психосоматичні прояви, адже якщо об’єктивні медичні методи дослідження підтверджують соматичний розлад, тоді підходи до психологічної консультативної роботи з такими клієнтами будуть іншими.

*Отже, циркулярні опитування – техніка в психотерапевтичній роботі, що дозволяє стати в мета-позицію до сконструйованого*

*образу себе і стосунків із партнером та відокремити себе від своєї хвороби (спрацьовує механізм дисоціації). В цій техніці ефективно працювати з психосоматичними розладами. Останні розглядають як часто похідні від ускладнень партнерської чи сімейної взаємодії. Циркулярні питання сприяють формуванню у клієнтів власної психосоматичної компетентності та утримують психолога-консультанта на рівні професійної мета-компетентності.*

#### **Список використаних джерел**

1. Клиническая психология и психотерапия / под ред. М.Перре, У. Бауманна. – [3-е изд.]. – СПб. : Питер, 2012. – 944 с.
2. Сімон Ф.Б. Циркулярне опитування. Системна терапія на клінічних прикладах : підручник / Ф.Б. Сімон, К. Рех-Сімон ; [пер. з нім. В. Басюк, І. Краснопольська, В. Лановий]. – Івано-Франківськ : Місто НВ, 2005. – 184 с.
3. Седих К.В. Змістовно-структурна модель психології взаємодії в психотерапевтичному контексті стосунків «Психолог – клієнт» / К.В. Седих // Проблеми сучасної психології: Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України. – 2010.– Вип.7. – С.662-672.
4. Хомуленко Т.Б. Психосоматичний підхід у проблематиці психології розвитку: теоретичні та практичні аспекти / Т.Б. Хомуленко, Я.О. Василенко, М.В. Коваленко. // Вісник ХНПУ імені Г.С. Сковороди. – Психологія. – Вип. 49. – X. : ХНПУ, 2014. – С. 176 – 192.
5. Шліппе А. фон. Системна психотерапія та консультування / А. Фон Шліппе, Й. Швайцер. – Львів, 2004. – 360 с.

***K. Sedych***

#### **THE FORMATION OF PSYCHOSOMATIC COMPETENCE IN THE COUPLE'S PSYCHOLOGICAL COUNSELING**

*The article deals with psychosomatic manifestations as the symptoms (problems), which appear in couple's interaction and being a product of this interaction. The features of using of one of the methods of system therapy – circular questions – in the work with psychosomatic symptomatic are presented. Possible techniques of working with clients' psychosomatic problems to facilitate their transition to meta-level of understanding and forming of their psychosomatic competence are demonstrated.*

**Keywords:** *psychosomatic symptom, couple interaction, psychosomatic competence, circular questions.*

Надійшла до редакції 1.05.2017 р.